



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**Centro de Posgrados**

**Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria**

**Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y factores asociados. 2017.**

Tesis previa a la obtención del título de Especialista  
en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:**

Adriana Elizabeth Moreno Morejón

010281658-4

**Director:**

Dr. Pablo Xavier Sempértegui Cárdenas

010403866-6

**CUENCA – ECUADOR**

**Marzo - 2019**

## RESUMEN.

**Antecedentes:** la mayoría de investigaciones realizadas en el Ecuador sobre el tema fueron efectuadas en adolescentes en colegios nocturnos, centros ó casas de acogida, entre otros; nuestro estudio se realizó en colegios urbanos de la ciudad de Cuenca.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) de colegios urbanos de la ciudad Cuenca, y los factores asociados.

**Metodología:** Se realizó un estudio tipo transversal, descriptivo, la muestra se calculó con una prevalencia esperada del 56%, con un 10% de pérdidas, quedando 371. Se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años de cualquier sexo que acudan regularmente a los establecimientos educativos aleatorizados, se excluyeron adolescentes con enfermedades psiquiátricas coexistentes ó datos incompletos de la información. Para la recolección de la información se utilizó un formulario diseñado por la autora y sometido a validación mediante plan piloto y la escala validada FFSIL.

**Resultados:** De la muestra, el 65% fueron hombres y el 35% mujeres, el promedio de edad fue 15.91 años. Se encontró una prevalencia de consumo del 68%, siendo las más frecuentes: alcohol 85%, Marihuana 9.1%, Tabaco 3.6%, Cocaína y "H" con un 0.8% respectivamente.

Se encontró una asociación positiva con consumo en algún miembro de la familia ( $p 0,0018$ ), consumo en el entorno social ( $p 0,0032$ ), e ingreso económico familiar mayor a \$1500 mensuales ( $p 0,0000$ ).

**Conclusiones:** se demostró que los factores familiares tienen un gran peso en el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. La influencia social, sobre todo los amigos, induce a un incremento significativo para el consumo, además, existe mayor relación de consumo a mayor ingreso económico.

**Palabras Clave:** Drogas Ilícitas. Adolescentes. Funcionalidad familiar.

**ABSTRACT.**

**Background:** most of the research carried out in Ecuador on the subject was carried out in adolescents in night schools, centers or shelters, among others, our study was conducted in urban schools in the city of Cuenca.

**Objective:** To determine the prevalence of the consumption of psychoactive substances in adolescents (15-19 years) in urban schools in the city of Cuenca and the associated factors.

**Methodology:** A cross-sectional, descriptive study was carried out, the sample was calculated with an expected prevalence of 56%, with 10% of losses, leaving 371. Adolescents aged 15 to 19 years of either sex who regularly visit establishments were included. randomized education, adolescents with coexisting psychiatric illnesses or incomplete data were excluded. A form designed by the author and submitted to validation by means of a pilot plan and the validated FFSIL scale was used to collect the information.

**Results:** 65% of the sample were men and 35% women, the average age was 15.91 years. A consumption prevalence of 68% was found, being the most frequent: alcohol 85%, Marijuana 9.1%, Tobacco 3.6%, Cocaine and "H" with 0.8% respectively. A positive association was found with consumption in some family member ( $p$  0.0018), consumption in the social environment ( $p$  0.0032) and family economic income greater than \$ 1500 monthly ( $p$  0.0000).

**Conclusions:** it was demonstrated that family factors have a great weight in the beginning of consumption of psychoactive substances. Social influence, especially friends, leads to a significant increase in consumption, and in addition, there is a higher ratio of consumption to higher economic income.

Keywords: Illicit Drugs. Adolescents. Family functionality.

## **Índice**

I.	INTRODUCCIÓN .....	10
II.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	11
	JUSTIFICACIÓN .....	13
III.	MARCO TEÓRICO .....	14
III.1.	Familia .....	14
III.2.	Funcionalidad Familiar .....	15
III.3.	Adolescencia.....	16
III.4.	Sustancias Psicoactivas.....	17
III.4.1.	Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas .....	17
III.4.2.	Teorías que explican el consumo de drogas y las variables. ....	18
III.4.3.	Criterios diagnósticos:.....	20
III.4.4.	Factores de riesgo .....	22
III.4.5.	Factores protectores .....	25
III.5.	Consumo de drogas en adolescentes y vulnerabilidad familiar.....	25
IV.	OBJETIVOS .....	26
V.1.	OBJETIVO GENERAL.....	26
V.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	26
	HIPOTESIS.....	27
V.	METODOLOGIA.....	27
V.1.	TIPO DE ESTUDIO .....	27
V.2.	AREA DE ESTUDIO .....	27
V.3.	UNIVERSO.....	27
V.4.	MUESTRA .....	27
V.5.	VARIABLES.....	28
V.5.1.	MATRIZ DE RELACION DE VARIABLES .....	29
V.5.2.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (Anexo 1.) .....	29
V.6.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	29
V.6.1.	INCLUSION.....	29
V.6.2.	EXCLUSION: .....	29
V.7.	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS .....	29
6.	PLAN DE TABULACION Y ANALISIS .....	30
7.	ASPECTOS ETICOS.....	31
VI.	RESULTADOS .....	32
	DISCUSION.....	37
	CONCLUSIONES .....	39



RECOMENDACIONES .....	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	41
BIBLIOGRAFIA CITADA.....	41
VIII. ANEXOS. ....	48
ANEXO 1. ....	48
ANEXO 2 .....	52
ANEXO 3. ....	53
ANEXO 4. ....	54
ANEXO 5 .....	55

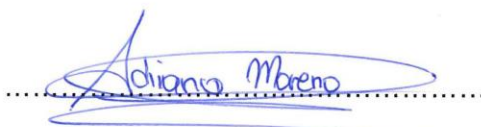
## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

---

Yo, Adriana Elizabeth Moreno Morejón, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la Tesis “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y factores asociados. 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de marzo 2019.



Adriana Elizabeth Moreno Morejón

CI: 0102816584



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

---

Yo, Adriana Elizabeth Moreno Morejón autora de la Tesis “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y factores asociados. 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 27 de marzo 2019.

Adriana Elizabeth Moreno Morejón

CI: 0102816584



**DEDICATORIA**

Andrés, Joaquín, Emilio y a mi madre.





**AGRADECIMIENTO.**

A las autoridades y profesores de las Unidades Educativas  
participantes de la investigación.

A mi director y asesor de tesis Dr. Pablo Sempértegui.

Sin los cuales no hubiese sido posible la realización  
del presente trabajo

## **PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) EN COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD CUENCA Y FACTORES ASOCIADOS. 2017.**

### **I. INTRODUCCIÓN**

La familia *“es donde el individuo comienza su vida, tiene sus primeras experiencias y relaciones, que a su vez están en conexión directa con la sociedad”*(1). De ahí que en ella se centre gran parte de la construcción de la identidad individual y social del adolescente. Es así como la familia constituye la primera institución en la que se inicia el proceso de socialización y crianza, determinando el ambiente en el que se adquieren creencias, valores y hábitos que condicionan la forma de conectarse con el otro, con el mundo y con uno mismo.

Niños y adolescentes que crecen en un ambiente familiar que se constituye como amenaza a la salud psicológica pueden volverse más vulnerables al enfrentar determinadas situaciones cotidianas, nocivas e invisibles como son el cigarrillo, alcohol, etc. Sin embargo, no todos los individuos que tienen situaciones de riesgo presentan problemas emocionales y/o de comportamiento, lo que evidencia las varias dimensiones y plasticidad de los procesos de adaptación (2).

El primer contacto con la droga ocurre generalmente en la adolescencia, etapa del ciclo evolutivo marcada por múltiples y profundos cambios en el aspecto físico y psicológico, que tornan al adolescente más vulnerable desde el punto de vista psicosocial.

Los factores de riesgo y de protección en relación al uso de sustancias psicoactivas están relacionados a seis dominios de la vida (individual, familiar, escolar, medios de difusión masiva, amigos y la comunidad con la cual conviven y presentan relaciones entre sí(3).

Según las Naciones Unidas (2012), se calcula que en el último año, unos 230 millones de personas a nivel mundial son consumidoras de drogas ilícitas, lo que representaría el 5% de la población adulta (15 a 64 años). Sin embargo, entre un

10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas (4).

En el presente trabajo, se explica sobre la familia, el adolescente y su relación con la funcionalidad familiar, además sobre las sustancias psicoactivas y trastornos relacionados, teorías explicativas sobre el consumo de drogas, criterios diagnósticos, factores de riesgo y factores protectores.

Por lo anterior, se consideró importante realizar un estudio en el contexto local (colegios urbanos de la ciudad de Cuenca) que permita definir la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, y diversos factores asociados tales como: funcionalidad familiar, pertenencia a un grupo social, consumo en pares, consumo de sustancias en la familia, y migración en la familia.

## **II. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

La adolescencia consiste en un proceso de emancipación afectado por diversos factores, en los cuales actitudes, hábitos y comportamientos se encuentran en transformación, sumado a las modificaciones físicas, psíquicas y sociales, profundizan la condición de vulnerabilidad y aumentan el riesgo de un inicio precoz en el uso de sustancias psicoactivas (3).

El funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos de cambio que pueden darse según el ciclo vital al que afronte el sistema familiar, y la correcta resolución ante cualquier evento adverso dependerá de la capacidad de adaptación y comunicación familiar. La familia no es un recipiente pasivo, sino un sistema intrínsecamente activo, es así como todo cambio que ocurre dentro de la familia ó que procede del exterior, repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, es decir, transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares (5).

El uso inadecuado de sustancia psicoactivas (SPA) en la actualidad, es un problema de salud pública que provoca efectos negativos en los individuos afectando los ámbitos biológicos, psicológicos y socio-culturales (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2007, ha informado que una importante proporción de la población mundial consumía SPA, refiriendo cifras entre 3 y 4%, lo que equivale aproximadamente a entre 185 y 300 millones de individuos, independientemente de sus características ó condiciones sociales (6), del mismo modo las Naciones Unidas han reportado que aproximadamente 230 millones de individuos a nivel mundial han consumido algún tipo de droga ilegal y de éstos se reporta que alrededor de 27 millones tiene problemas graves con estas sustancias (7).

En Estados Unidos se han llevado a cabo dos grandes estudios relacionados con el consumo de drogas, siendo estos el "National Comorbidity Survey" y "Monitoring the Future". En estos se encontraron diversos comportamientos asociados al consumo de sustancias y desórdenes mentales, encontrando que el 46,3% fue por marihuana, 16,2% por cocaína, 15,3% por estimulantes, 12,7% por fármacos de uso psiquiátrico como ansiolíticos, sedantes e hipnóticos, 10,6% por alucinógenos, finalmente el tabaco representó la más alta tasa de dependencia con un 76,6% de los casos (9).

En el mismo orden de ideas, el CONSEP ha informado que para el año 2015 se evidenció un descenso del consumo de alcohol y cigarrillos en comparación a la última década reportada; con respecto a la edad, tanto para el año 2015 como para la década anterior, la media de inicio fue de 14 años. Estos hechos son relevantes, ya que sugieren un problema que comienza generalmente desde la adolescencia (8).

A nivel local, estudios realizados sobre la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca en edades comprendidas entre 12 y 20 años, tuvieron los siguientes resultados: Bajo rendimiento escolar (RP1.7, (IC95% 1.27-2.3), la no pertenencia a un grupo social (RP 1.56 (IC95% 1.17-2.1), consumo de drogas legales por otros miembros de la familia (RP 5.2, (IC95% 2.08-13) (10). En los colegios de la ciudad de Cuenca, la prevalencia encontrada de consumo de sustancias psicoactivas es del 56% (11).

Los trastornos que se encuentran relacionados con sustancias, como se ha revelado anteriormente, son un problema de salud pública, y poseen a su vez severas consecuencias en los ámbitos personales, familiares y sociales del

individuo, por lo cual se debe realizar siempre un abordaje integral del mismo para su evaluación. El abordaje de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la funcionalidad familiar y migración no ha sido estudiado en su verdadera dimensión, por tal razón es de nuestro interés estudiarlo, y para esto nos planteamos la pregunta:

**¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y los factores asociados al mismo?**

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación surgió de la necesidad de conocer la situación actual sobre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes adolescentes en la ciudad de Cuenca; nos pareció importante conocer la frecuencia de consumo en este grupo etario y de esta manera realizar intervenciones coordinadas en diferentes líneas estratégicas.

A través de nuestro estudio se obtuvo la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de los colegios urbanos de Cuenca y factores asociados.

En el ámbito científico, se obtuvo una proyección actualizada del problema en los adolescentes, logrando una aproximación al perfil psicosocial de los mismos; del mismo modo se determinó los factores asociados, lo que permitió identificar adolescentes que se encuentran en riesgo y que ameritan mayor control y seguimiento, por otro lado al identificar la prevalencia del consumo de sustancia psicoactivas, se fortalecerán los programas preventivos existentes.

Su finalidad es el beneficio del adolescente, su familia y la sociedad por intermedio del accionar interinstitucional, ya que se sentarán líneas de base a la Coordinación Zonal de Educación, a las Unidades Educativas que entrarán en este diseño y al Ministerio de Salud Pública.

El presente estudio se justifica dentro de las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas: “Salud de los adolescentes”, y dentro de las

líneas de investigación del MSP: “Salud Mental y Trastornos del Comportamiento”. Se pretende que los resultados de la presente tesis sean presentados en la revista de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **III.1. Familia**

La familia se constituye como la institución base de la sociedad, un ecosistema, el medio natural para el desarrollo de cada uno de sus miembros, y el contexto universal para todas las comunidades. A través de la historia, se puede observar a las familias desenvolviéndose en su entorno, en la búsqueda de satisfacer necesidades. Los aspectos de naturaleza psicológica, biológica y social determinan la dinámica entre los miembros que la conforman y permiten la comunicación entre ellos (12).

La familia puede definirse, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como aquel elemento que fundamenta a una sociedad y el estado debe protegerla (13).

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de éstas en función a sus determinantes psicosociales (14).

Los estudios históricos muestran que la familia era una unidad económica: los hombres cazaban, mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar(15).

Minuchin en 1998 también señaló que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo,

hay familias que pueden permanecer *atoradas* en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones. Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas (16).

Cuando la familia no logra cumplir satisfactoriamente con su función protectora y socializadora, pueden aparecer dificultades manifestadas en uno ó algunos de sus miembros. Dos de estas dificultades son la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de los indicadores para medir funcionamiento familiar se encuentran:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros (17).
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos, los mismos que deben ser claros y aceptados por sus miembros.
- Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios.
- La familia es un continuo equilibrio-cambio (18).
- Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros(19).

### **III.2. Funcionalidad Familiar**

La funcionalidad familiar *“es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital”*, se caracteriza por diez aspectos primordiales como son: un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido,

una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupación por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas (20).

Considerando la funcionalidad, según Ludwig Von Bertalanffy, debemos enfocar a la familia como un sistema integrador multigeneracional caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados, quienes en su conjunto son circunstancias influyentes y determinantes de la función(21).

### **III.3. Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adolescencia como aquel período que comienza a partir de los 11 y que culmina a los 19 años, ésta se ha dividido a su vez en dos etapas, la primera reportada como adolescencia temprana que abarca desde los 12 a 14 años y la adolescencia tardía que comprende entre los 15 y hasta los 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (22).

Cada adolescente posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta, no solo de manera individual, sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes ó modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente (23).

El perfil psicológico generalmente es transitorio, cambiante y emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura, experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en que se desenvuelva el adolescente (2).



### **III.4. Sustancias Psicoactivas.**

Según la OMS, Sustancia Psicoactiva es aquella sustancia natural ó sintética, legal ó ilegal, que puede ser consumida por un individuo sin prescripción médica, que tiene la capacidad de alterar la percepción del sujeto, su realidad y conciencia (24), definiéndose su consumo como el uso al menos una vez de algún tipo de sustancia sea esta ilícita o no ilícita (24).

En referencia al establecimiento de un diagnóstico en torno al consumo de una sustancia psicoactiva y los efectos que produce en las personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE 10, 1992) y la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), le catalogan como Trastornos relacionados con sustancias (TRS) y a su vez lo divide en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación) (25).

#### **III.4.1. Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas**

Las manifestaciones mentales de los individuos, por lo general, son derivadas de patrones culturales que son capaces de influir en el comportamiento de los mismos, así como de factores biológicos ó genéticos propios, que concluyen en el desarrollo de una patología mental; por lo antes expuesto, se deben tomar en cuenta ambos factores y las relaciones entre sí al momento de la evaluación del paciente. Una de las manifestaciones que pueden tener los individuos son aquellas conductas adictivas por sustancias psicoactivas ó el abuso de éstas, esto puede generar resultados adversos para el individuo, que incluyen cambios en actitudes, personalidad, problemas sociales e interpersonales (9).

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia (26).

Una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación, que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas, y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga. Las aproximaciones terapéuticas a largo plazo son beneficiosas para estos efectos persistentes de las drogas (27).

El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias (28).

### **III.4.2. Teorías que explican el consumo de drogas y las variables.**

Existen múltiples teorías que dan explicación a este fenómeno:

#### **A. Modelos biológicos.**

Indican que la adicción a las drogas es el resultado de un déficit biológico, una causa genética, una lesión ó una alteración cerebral (29).

La "hipótesis de la adicción primaria" sugiere que el trastorno por consumo de sustancias (SUD) puede ser el resultado de la alteración de los circuitos de recompensa del cerebro; las irregularidades del desarrollo en el hipocampo y la corteza prefrontal podrían contribuir tanto a los síntomas de esquizofrenia como a la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas (29).

El hipocampo y la corteza prefrontal proporcionan un control inhibitorio sobre el comportamiento mediado por la dopamina, a través de las interacciones con el núcleo accumbens (29).

Los estudios también se han centrado en las aberraciones comunes en la función cognitiva asignada a circuitos neuronales específicos como causantes, que podría ser el resultado de factores genéticos y / o ambientales (29).

#### **B. Hipótesis de la automedicación.**

Sostiene que una gran parte de los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas lo hacen porque sufren trastornos endógenos con sustrato

biológico, que directa ó indirectamente les abocan al consumo de sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento (30). Además, se ha encontrado una estrecha relación entre abuso de drogas y enfermedad mental en doble vía (30).

En el tratamiento con pacientes adictos es frecuente encontrar que algunos de ellos presentan diagnóstico dual: bien sea que se trate de consumidores de marihuana y cocaína, que a la vez estos pacientes presenten trastornos de tipo depresivo, trastornos de ansiedad ó de tipo psicótico como la esquizofrenia, sin que a veces sea fácil establecer cual trastorno fue desencadenante del segundo (31).

### **C. Trastorno mental secundario.**

Este modelo postula que el trastorno por consumo de sustancias desencadena trastornos mentales en individuos genéticamente predispuestos (la hipótesis de la tensión diastésica ó de los dos golpes) (29).

Estudios actuales confirman la mayor prevalencia de consumo de sustancias (cannabis) entre los jóvenes en riesgo de esquizofrenia (30).

### **D. Hipótesis del estrés migratorio.**

La tensión emocional que vive la persona que migra y la familia que se queda puede colocarlos en una situación de vulnerabilidad y la forma como se enfrenta ese malestar emocional a veces le facilita su adaptación, y en otras la pone en una condición de riesgo. Una estrategia para enfrentar ese malestar puede ser el uso de drogas(32) .

### **E. Teorías del aprendizaje social como teoría explicativa integradora del consumo de drogas.**

Considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona, dando explicación al consumo en pares y la pertenencia a un grupo social (33).

Parte de que la conducta adictiva está mediada por las cogniciones compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.

Dichas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro (33) (34).

#### **F. Teorías actitud – conducta.**

Se asume que las conductas que llevan a cabo son conductas voluntarias. En este sentido, el consumo de drogas partiría de una decisión racional ó, por lo menos, voluntaria del sujeto, quien a partir de la información que posee sobre las drogas, decide voluntariamente consumir ó no consumir independientemente de la influencia del medio y/o involucramiento ó función familiar (34).

#### **G. Modelos basados en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos.**

Este modelo ve el consumo de sustancias u otro tipo de conductas como expresión de las conductas inadaptadas de uno ó más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar. En este ámbito, el consumo de sustancias da como resultado la generación de estresores internos ó externos (35).

Desde la visión de la Salud Pública, se plantea que el consumo de drogas es un problema social de carácter colectivo que requiere una solución colectiva y no de un criterio individual (36).

### **III.4.3. Criterios diagnósticos:**

#### **A. Control deficitario.**

1. La persona expresa deseos insistentes de dejar ó de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir ó abandonar éste (37) (38).
2. La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola ó recuperándose de sus efectos (38) (39)

3. En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia (38).
4. Existe un deseo intenso de consumo manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido ó consumido la sustancia anteriormente (38).

#### **B. Deterioro Social**

1. La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes ó persistentes en la esfera social ó interpersonal causados ó exacerbados por los efectos del consumo (38).
2. Se reducen ó abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias (38).
3. La persona puede descuidar ó abandonar las actividades familiares y las actividades que practicaba a causa del consumo(38).

#### **C. Consumo de riesgo**

1. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico que probablemente se puede originar ó exacerbar por dicho consumo (38).
2. El punto clave a la hora de valorar este criterio no es tanto la existencia del problema como el fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca (38).

#### **D. Criterios Farmacológicos**

1. Aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual (38) .
2. La abstinencia, síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre ó los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada (38).

La OMS cataloga como dependencia a aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Éste dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas y a recuperarse de sus efectos (40).

Aborda dos dimensiones:

***Dependencia física:*** En este caso el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad (41).

***Dependencia psíquica:*** Compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado “agradable” (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) ó librarse de un estado “desagradable” (aburrimiento, timidez, estrés, etc.) (41).

#### **III.4.4. Factores de riesgo**

**Genéticos:** Se refieren a una mayor vulnerabilidad por parte de los individuos que presentan un cambio en sus genes con respecto a otros que no tienen dichos cambios; éstos pueden ser transmitidos genéticamente, y es importante resaltar que dependiendo de la expresión de estos cambios genéticos y su asociación con factores externos, pueden desencadenar o no un problema para el individuo, por lo cual depende de ambos factores (42).

**Transmisión familiar:** El uso indebido de drogas es muy importante en las familias. Los estudios de gemelos y de adopción han demostrado que los factores genéticos contribuyen sustancialmente a esta agregación familiar. Sin embargo, la mayoría de los estudios también sugieren que el entorno familiar contribuye al riesgo de consumo, esto se puede originar debido a un deterioro en las relaciones intrafamiliares, convivencia con consumidores, principalmente aquellos que crecen con padres con abuso de sustancias, participación baja de

los padres en la educación de los hijos, así como permisividad para consumo de sustancias ilícitas (6).

Los datos indican que las drogas más utilizadas por los jóvenes son las sustancias lícitas: alcohol, tabaco, inhalables y medicamentos. En lo que se refiere a las ilícitas, la más usada es la marihuana (43). En este orden de ideas, se realizó un análisis en España en 1245 estudiantes de centros educativos, en el cual se reportó que el consumo de alcohol se correlaciona de forma positiva con el consumo del entorno familiar y amistoso del individuo ( $r = .320$ ;  $p < 0.01$ ); de igual forma se evidenció una correlación negativa con la funcionalidad familiar ( $r = -.070$ ;  $p < 0.05$ ) (44).

En relación a la violencia intrafamiliar, estudios realizados en la Universidad de Illinois indican que a medida que los adolescentes están expuestos a mayores niveles de violencia intrafamiliar, se involucran directamente en mayores niveles de agresión dirigida hacia sus compañeros en la escuela y, ésta agresión se asocia con mayores niveles de uso de sustancias psicoactivas a través del tiempo (45).

**Individuales:** La edad representa un factor importante que se debe tomar en cuenta en relación con los adolescentes y los adultos jóvenes, al igual que el sexo, ya que los hombres suelen tener mayor predisposición al consumo de sustancias; en ellos suelen presentarse en mayor proporción casos de trastornos emocionales como depresión, ansiedad, ira, hostilidad y una marcada baja autoestima (41).

Es importante tener en cuenta la autoestima académica, ya que esta suele disminuir en adolescentes que tengan antecedentes negativos de comportamientos en la familia, consumo de sustancias, problemas familiares, violencia, entre otros, lo cual genera que estos vean al ambiente escolar como injusto, inapropiado, y suelen abandonar los estudios (44).

De igual manera, se han reportado estudios en los cuales se plantea que el consumo de alcohol ha tenido una correlación negativa sobre el autoestima escolar, lo que quiere decir que mientras se aumenta el consumo de alcohol,

disminuye el autoestima escolar, por lo cual aquellos individuos que comienzan el consumo de esta sustancia a temprana edad, suelen abandonar de igual manera los estudios ( $\beta = -.096$ ,  $p < 0.001$ ) (44).

**Sociales:** En relación al consumo entre pares, en un estudio realizado en jóvenes de colegios y universidades en Cali - Colombia, el 19% de los sujetos afirma que ninguno de sus amigos se emborracha frecuentemente, el 60% menciona que dos ó más de sus amigos lo hacen, y el 17% refiere que al menos uno de ellos lo hace. En este estudio indican que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año presenta diferencias estadísticamente significativas entre quienes refieren tener y no tener amigos que se embriagan frecuentemente (91% y 82% respectivamente) ( $\chi^2 = 7,344$ ;  $p = 0,007$ ) (46).

**Socioculturales:** Este es uno de los puntos más relevantes e influyentes después del familiar, ya que los medios de comunicación tienen una influencia marcada en el consumo de sustancias, debido a la alta publicidad de los mismos, como lo es principalmente lo relacionado con el consumo de tabaco y alcohol, los cuales hasta la actualidad son considerados legales (41).

En un estudio realizado en la Universidad de Málaga sobre Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas delictivas de los adolescentes, se propone que el adecuado funcionamiento del sistema familiar, la comunicación positiva del padre y de la madre, y la satisfacción familiar, se relacionan positivamente con la percepción de apoyo familiar, y que el apoyo social familiar se relaciona negativamente con el consumo de drogas y las conductas delictivas. A su vez, el consumo de drogas se relaciona con un aumento de las conductas delictivas (47).

**Psicosociales:** El individuo puede presentar cambios psicológicos ó físicos que son el resultado de la interacción negativa de diversos factores, pudiendo el mismo presentar síntomas difusos como dolores, ansiedad, represión ó trastornos del sueño; es indispensable que éste pueda identificar que estos



cambios son el resultado del consumo de sustancias, y pueda realizar los cambios oportunos (41).

#### **III.4.5. Factores protectores**

Estos se encuentran representados por aquellos factores que se contraponen con el riesgo de presentar abuso de sustancias, estos por lo general están determinados por las relaciones positivas que tenga el individuo, dentro de las que se describen a la familia, amigos, pareja y compañeros de estudio, es indispensable para que estos factores puedan surgir su efectos, que se mantenga una funcionalidad familiar adecuada que permita al adolescente mantener el vínculo, ya que de tener contacto con estas sustancias y de igual manera perder dichos vínculos los resultados pueden llegar a ser catastróficos (6).

Del mismo modo, se reportan otros factores que pueden llegar a influir de forma positiva en los casos de consumo como lo son la religiosidad, expresiones de afecto, realización de actividades familiares, mantenimiento de la comunicación intrafamiliar, en la cual el adolescente tenga la confianza de expresar el problema que acontece, respeto de autonomía del adolescente y finalmente el cese del consumo por parte de los padres o familiares cercanos si alguno de ellos lo mantiene, todos estos son aspectos positivos que se deben tomar en cuenta al momento de la evaluación de un individuo con problemas de consumo de sustancias(9).

#### **III.5. Consumo de drogas en adolescentes y vulnerabilidad familiar.**

Los modelos de crianza entendidos como la forma de inculcar disciplina, hábitos o valores, no se desarrollan de forma unilateral en los padres, sino que se dan en un marco de relaciones, donde los padres reciben mensajes verbales y no verbales de sus hijos y con ello modulan sus estilos de crianza. Padres e hijos reciben la retroalimentación (feedback) bidireccional que irá configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o con patologías) influirán sobre los propios modelos de crianza que se desarrollen en el entorno familiar (48).

Diversos investigadores han considerado a las familias disfuncionales o desorganizadas como un fuerte factor de riesgo, generador de individuos con problemas comportamentales o de adaptación. Al respecto, Estévez, Musitu y Herrero (2005) indica que las familias desorganizadas lo son porque rompen con la función socializadora de los hijos y que esta condición las predispone a la incorporación de estilos de vida y comportamientos desadaptativos (49).

Diversas investigaciones han determinado que la familia es una de las variables más importantes en la etiología y mantenimiento del abuso de drogas (50).

Sin embargo, dentro del modelo etiológico el trastorno relacionado al consumo de sustancias psicoactivas está determinado por la interrelaciones de variables que según estudios revisados se relaciona con la mayor permisividad actitudinal, las creencias distorsionadas sobre los efectos de las drogas, el modelado paterno y del grupo de iguales consumidores de sustancias, la escasa resistencia a la incitación grupal, la tendencia permisiva a permanecer en ambientes y con compañías incitadoras al consumo, entre otras variables, pronostican el trastorno del consumo de drogas (51). Se ha identificado la implicancia de factores tanto de índole psicoafectiva, psicosociológico y de identidad.

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **V.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y los factores asociados.

##### **V.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas tales como edad, sexo, procedencia, establecimiento educativo al que pertenece.
2. Determinar la prevalencia de consumo de sustancia psicoactivas en el grupo en mención.
3. Determinar la frecuencia de factores tales como funcionalidad familiar, pertenencia a un grupo social, consumo en pares, consumo de sustancias

en la familia, migración en la familia y su relación con el consumo de sustancias.

## **HIPOTESIS**

1. La prevalencia de consumo de sustancias en adolescentes urbanos es cercana a un 39% y se asocia a factores como el consumo en pares, consumo de sustancias en la familia, migración en la familia, funcionalidad familiar y pertenencia a un grupo socio cultural.

## **V. METODOLOGIA**

### **V.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio observacional, cuantitativo, analítico, transversal.

### **V.2. AREA DE ESTUDIO**

Colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca.

Cuenca, oficialmente Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, es una ciudad del centro austral de la República del Ecuador y es la capital de la provincia del Azuay. Está situada en la parte meridional de la Cordillera Andina Ecuatoriana.

La zona urbana cuenta con 113 colegios: 60 particulares, 49 fiscales, y 4 fiscomisionales

### **V.3. UNIVERSO**

Está constituido por el total de adolescentes de 15 a 19 años que asisten a los colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca.

### **V.4. MUESTRA**

Se calculó en el programa EPI INFO versión 7, en base a las siguientes restricciones maestras:

1. Tamaño de la población. De 15 a 19 años es de 33093 (52).
2. Frecuencia esperada de consumo: varía según estudios entre 39 y 56%, pero para nuestra investigación se tomará como referencia 56% (11) (9) (54).

3. Límites de confianza 5% e Intervalo de Confianza (IC): 95% dando una muestra necesaria de 356. Se decidió añadir un 10% por posibles pérdidas, dando un total de 392 alumnos.

El total muestral calculado se dividió proporcionalmente mediante un muestreo por conglomerados considerado como conglomerado a cada uno de los colegios de la Ciudad de Cuenca, obteniéndose por aleatorización previa un Colegio Fiscomisional, Particular, Fiscal, de ambos sexos.

Para la selección de participantes se elaboró listados alfabéticos de cada colegio y se obtuvo una muestra proporcional al tamaño total de alumnos de cada establecimiento en base a un muestreo por aleatorización simple; en caso de que el adolescente sorteado no cumplió con los criterios de inclusión, se escogió al estudiante que le sigue en orden alfabético en dicho listado

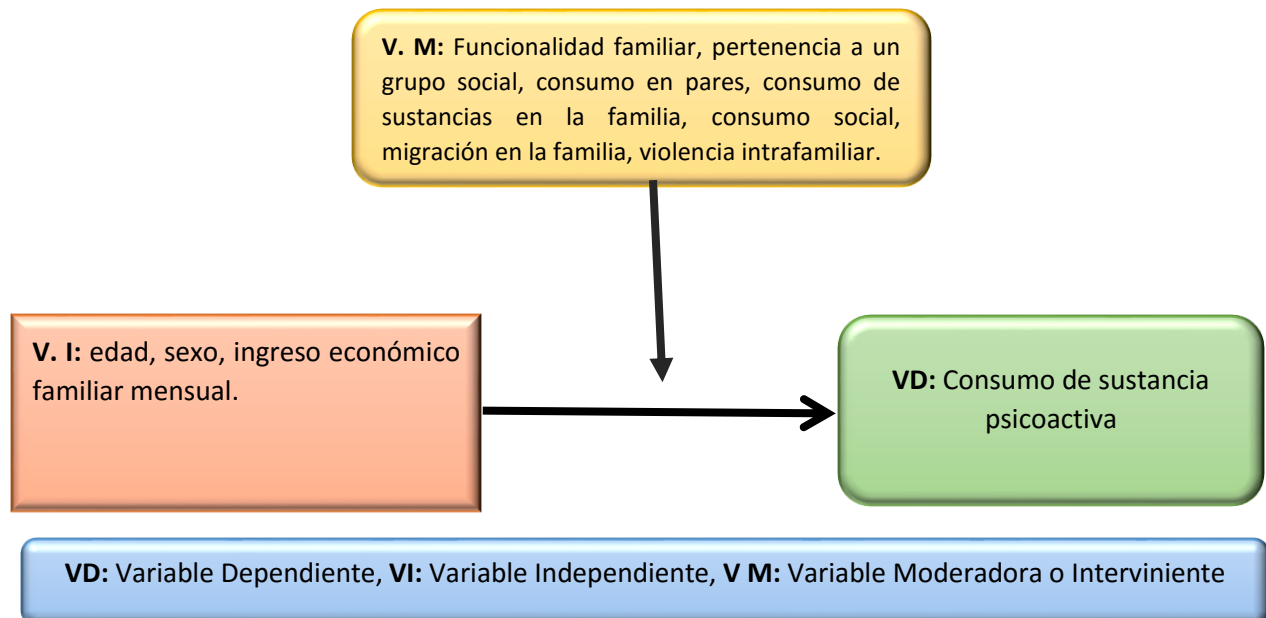
## **V.5. VARIABLES**

**Variable Dependiente:** Consumo de sustancia psicoactiva.

**Variable Independiente:** Factores asociados como son: edad, sexo, ingreso económico familiar mensual.

**Variable Interviniente:** funcionalidad familiar, pertenencia a un grupo social, consumo en pares, consumo de sustancias en la familia, consumo social, migración en la familia.

### V.5.1. MATRIZ DE RELACION DE VARIABLES



### V.5.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (Anexo 1.)

### V.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

V.6.1. INCLUSION: Adolescente de 15 a 19 años, de cualquier sexo que acudan regularmente a los establecimientos educativos aleatorizados, que se encuentre presente durante las visitas programadas a los establecimientos educativos y que acepten participar en el estudio mediante asentimiento informado.

V.6.2. EXCLUSION: adolescentes con enfermedades psiquiátricas coexistentes, o datos incompletos de la información.

### V.7. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

- Para la recolección se utilizó un formulario diseñado por la autora el cual consta en el Anexo 3.
- Para determinar la funcionalidad familiar se utilizó la escala FF SIL la cual considera tales puntos: Las preguntas 1 a 8: Cohesión 2 y 13: Armonía, 5

y 11: Comunicación, 7 y 12: Permeabilidad, 4 y 14: Afectividad, 3 y 9: Roles, 6 y 10: Adaptabilidad, clasificándose a la familia con los siguientes puntajes:

Funcional: 57-70

Moderadamente funcional: 43-56

Disfuncional: 28-42

Severamente disfuncional: 14-27

- Se realizó la recolección de las variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, tiempo del inicio de consumo, migración de los padres, separación de los padres, consumo de sustancias psicoactivas en el entorno social o familiar y la pertenencia a algún grupo social, a través de una entrevista estructurada para los adolescentes en los colegios.
- Para la validación del cuestionario se realizó una prueba piloto en el Colegio Luis Cordero de la Ciudad de Azogues.

## **6. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS**

Los datos fueron tabulados y codificados numéricamente en una hoja de Excel, y posteriormente fueron ingresados al programa estadístico SPSS en su versión 15.

Para la tabulación se realizó en primer lugar estadísticos descriptivos de la siguiente manera:

De las variables cuantitativas tales como: edad, frecuencia semanal de consumo. Se obtuvo medias, desviaciones estándares, valores mínimos y máximos.

De las variables cualitativas tales como: sexo, condición socio económica, consumo de sustancia, tipo de sustancia consumida, pertenencia a un grupo social, consumo en pares, consumo de sustancias en la familia, migración en la familia, disfuncionalidad familiar, se obtuvo números y porcentajes.

Para determinar la magnitud de asociación estadística se obtuvo las razones de prevalencia (RP) en base a la siguiente fórmula

$$RP = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Se consideró asociación positiva si la RP es mayor a 1, negativa si es menor a 1 y nulidad estadística si es igual a 1. Se obtuvo además los Intervalos de confianza al 95% para dicha RP y se consideró confiables aquellos valores que no toquen la unidad.

Finalmente, se obtuvo la precisión estadística mediante diferencias de proporciones por chi2 y se consideraron estadísticamente significativo cuando los P valores fueron menores a 0.05.

## 7. ASPECTOS ETICOS

- Aunque la participación del adolescente tuvo un riesgo bajo, dado que no se trata de un estudio de intervención, se realizó previamente aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Se realizó una solicitud a la Coordinación Zonal de Educación para el levantamiento de los datos y se realizó asentimiento a los adolescentes y consentimiento informado a sus padres en caso de ser menores de edad y únicamente consentimiento en caso de ser mayores de edad. Se les explicó la confidencialidad de los datos, el propósito de la investigación y el beneficio esperado.
- Se hizo constancia que no recibirán incentivo económico alguno por su participación, así como la libertad de poder retirarse del estudio en cualquier momento que lo creyeran conveniente.
- Los datos de la presente investigación servirán como base para futuras intervenciones, y se proporcionará la información a la Coordinación Zonal de Educación y Coordinación Zonal de Salud.
- Se identificó consumidores y estudiantes con factores de riesgo por lo que se realizó referencia al psicólogo del MSP y del colegio y médico Familiar correspondiente de acuerdo a su sector.

## VI. RESULTADOS

En total se incluyeron en el estudio 371 estudiantes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca. Un total de 241 (65%) fueron varones y el resto mujeres. El promedio de edad en el grupo fue de 15,91 años (DS 1,13) con un mínimo de 14 años y un máximo de 19 años.

A continuación, se presentan las principales variables socio-demográficas:

**Tabla No.1 Distribución de adolescentes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca de acuerdo a sexo y edad. Cuenca 2018.**

Variable	No.	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	241	65,0
Femenino	130	35,0
<b>Intervalo edad</b>		
Adolescente temprano	17	4,6
Adolescente tardío	354	95,4
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

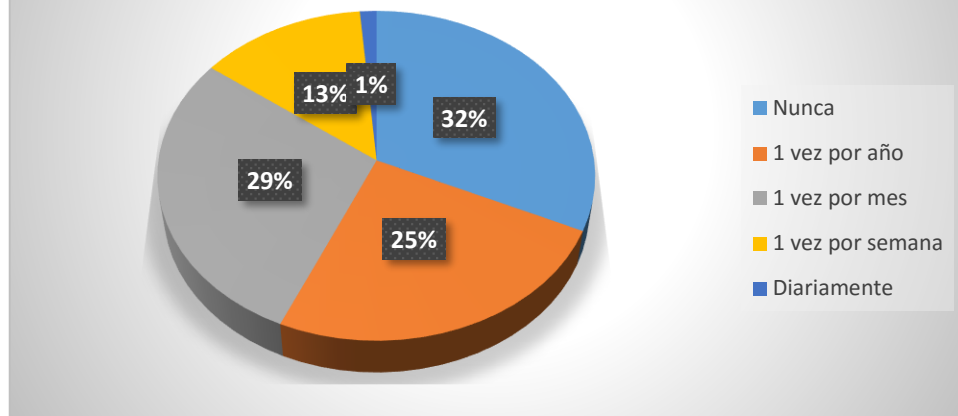
**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora

Se aprecia en la tabla 1 que la mayoría de adolescentes pertenecían al intervalo de adolescente tardío (15 a 19 años) con un total de 354 casos (95,4%) y apenas 17 casos (4,6%) fueron menores de 15 años.

A continuación, se presenta la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas:



**Gráfico No.1 Distribución de adolescentes de colegios urbanos de acuerdo a consumo de sustancias psicoactivas. Cuenca 2018.**



**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora

Se aprecia en el gráfico 1 que un total de 253 (68,2%) adolescentes refirieron consumo esporádico o habitual de alguna sustancia psicoactiva, de ellos el mayor porcentaje (29%) lo hacen al menos 1 vez por mes, un 25% 1 vez por año, 13% 1 vez por semana, llama la atención un 1% de adolescentes con consumo diario de sustancias.

**Tabla No.2 Distribución de adolescentes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca de acuerdo a sustancia psicoactiva consumida. Cuenca 2018.**

Tipo de sustancia	No.	%
Tabaco	9	3,6
Alcohol	217	85,8
Marihuana	23	9,1
Cocaína	2	0,8
"H"	2	0,8
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora

Se puede apreciar en la tabla 2 que la mayor sustancia consumida entre los adolescentes fue el alcohol con 217 casos (85,8%) seguido en orden de frecuencia por el consumo de marihuana con 23 casos (9,1%), tabaco con 9 casos (3,6%), llama la atención que 2 adolescentes encuestados manifestaron consumo de cocaína y 2 de heroína tipo "H" representando 0,8% cada uno.

Respecto a la edad de inicio un total de 124 (65,2%) refirieron haber iniciado el consumo antes de los 15 años y el porcentaje restante después de esa edad; la edad promedio de inicio entre los consumidores fue de 14,3 años (DS 1,38) con una edad mínima de inicio de 9 años y una máxima de 18 años.

A continuación, se presentan algunas variables familiares y sociales del grupo:

**Tabla No.3 Distribución de adolescentes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca de acuerdo a variables familiares y sociales. Cuenca 2018.**

<b>Variable</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Migración parental</b>		
Si	37	10,0
No	334	90,0
<b>Separación parental</b>		
Si	114	30,7
No	257	69,3
<b>Consumo de sustancias dentro del hogar</b>		
Ninguno	182	49,1
Padre	85	22,9
Madre	29	7,8
Hermanos	34	9,2
Tíos	28	7,5
Abuelos	8	2,2
Primos	6	1,6
Otros	3	,8
<b>Consumo de sustancias en el entorno social</b>		
Ninguno	73	19,7
Amigos	252	67,9
Vecinos	34	9,2
Compañeros de estudio	8	2,2
Otros	25	6,7
<b>Pertenencia a un grupo u organización social</b>		
Ninguno	103	27,8
Deportivo	164	44,2
Musical	39	10,5
Cultural	41	11,1
Religioso	17	4,6
Otros	9	2,4
No aplica	101	27,2
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora

Se aprecia en la tabla 3 que la prevalencia de migración parental en el grupo fue del 10%, un total de 30,7% de los padres de los adolescentes se encontraron separados o divorciados; en el 50,9% de los adolescentes existió consumo de sustancias dentro del hogar siendo el más frecuente (22,9%) el consumo en los padres; el 80,3% refirieron consumo de sustancias en el entorno social siendo el

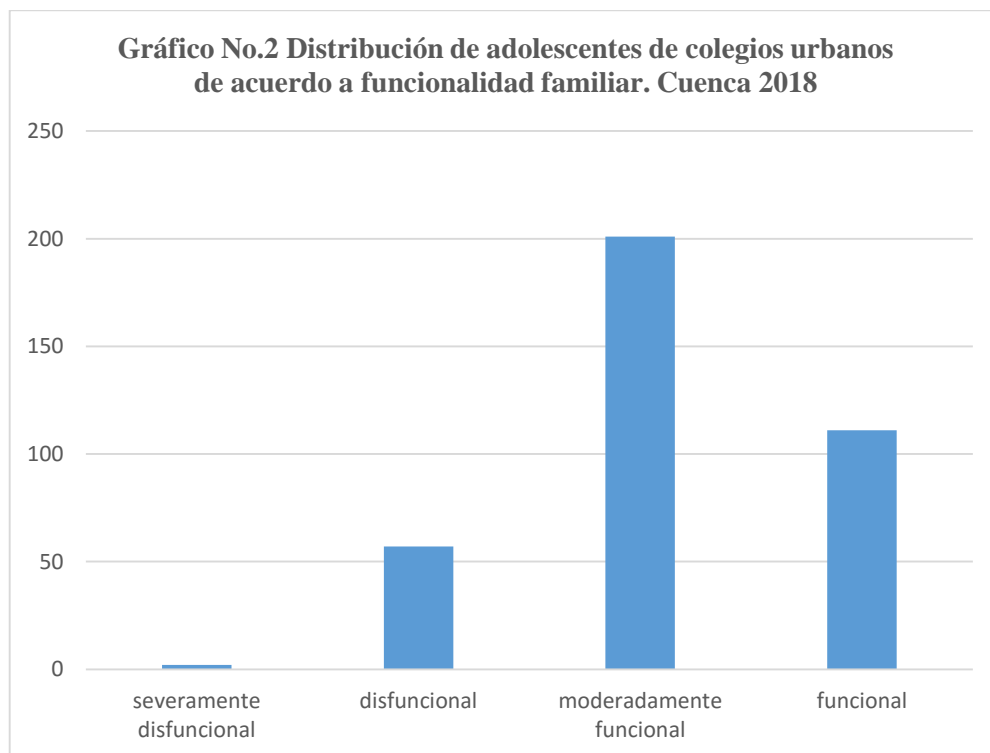
más frecuente entre los amigos con un 67,9%; finalmente un total de 268 adolescentes (72,2%) pertenecían a algún grupo u organización social siendo el grupo más frecuente el deportivo con un 44,2%.

**Tabla No.4 Distribución de adolescentes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca de acuerdo a componentes de escala FF SIL. Cuenca 2018.**

<b>Componente</b>	<b>Casi nunca No. (%)</b>	<b>Pocas veces No. (%)</b>	<b>A veces No. (%)</b>	<b>Muchas veces No. (%)</b>	<b>Casi siempre No. (%)</b>
En casa se toman decisiones entre todos	10 (2,7%)	20 (5,4%)	78 (21,0%)	136 (36,7%)	127 (34,2%)
En casa predomina la armonía.	4 (1,1%)	34 (9,2%)	111 (29,9%)	130 (35%)	92 (24,8%)
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	6 (1,6%)	26 (7,0%)	85 (22,9%)	139 (37,5%)	115 (31,0%)
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	12 (3,2%)	36 (9,7%)	76 (20,5%)	94 (25,3%)	153 (41,2%)
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	30 (8,1%)	35 (9,4%)	89 (24,0%)	114 (30,7%)	103 (27,8%)
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	16 (4,3%)	35 (9,4%)	67 (18,1%)	123 (33,2%)	130 (35%)
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	52 (14,0%)	55 (14,8%)	107 (28,8%)	97 (26,1%)	60 (16,2%)
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	7 (1,9%)	16 (4,3%)	53 (14,3%)	110 (29,6%)	185 (49,9%)
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	18 (4,9%)	56 (15,1%)	109 (29,4%)	94 (25,3%)	94 (25,3%)
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	27 (7,3%)	67 (18,1%)	136 (36,7%)	84 (22,6%)	57 (15,4%)
Podemos conversar diversos temas sin temor.	31 (8,4%)	59 (15,9%)	77 (20,8%)	114 (30,7%)	90 (24,3%)
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	9 (2,4%)	26 (7,0%)	96 (25,9%)	124 (33,4%)	116 (31,3%)
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	13 (3,5%)	34 (9,2%)	53 (14,3%)	82 (22,1%)	189 (50,9%)

**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora

De acuerdo a los componentes de escala FF SIL, se aprecia en la tabla 4 que los mayores porcentajes se refirieron en el nivel “muchas veces” siendo de 37% para la toma de decisiones en el hogar, 35% para predominio de armonía, 38% para responsabilidades de los miembros de la familia, 31% para expresiones claras y directas, 26% para consideraciones de experiencias de otras familias, 25% para distribución de tareas, 31% para conversación sobre temas diversos y 33% para respeto por los intereses de cada uno. Son excepciones el componente modificación de costumbres familiares ante diversas situaciones donde el mayor porcentaje (37%) se registró para el nivel “a veces”; manifestaciones de cariño en la vida cotidiana, ayuda ante problemas de los miembros de la familia y demostración de cariño registraron mayores porcentajes en el nivel “casi siempre” con 41%, 50% y 51% respectivamente.



**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora

De acuerdo a los puntajes FF SIL, se puede apreciar en el gráfico No.2 que la mayoría de adolescentes presentaron familias moderadamente funcionales con

201 casos (54,2%), seguido en orden de frecuencia por familias funcionales con 111 casos (29,9%), el porcentaje restante (15,9%) presentaron disfuncionalidad familiar siendo en 57 casos (15,4%) disfuncionalidad y en 2 casos (0,5%) severamente disfuncional.

A continuación, se presentan los cruces de variables:

**Tabla No.5 Distribución de adolescentes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca de acuerdo a consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Cuenca 2018.**

Variable	Consumo de sustancia				
	Si N=253	No N= 118	RP	IC 95%	p
Sexo masculino	162/241	79/241	0,96	0,83-1,10	0,6407
Edad <15 años	11/17	6/17	0,94	0,66-1,35	0,7918
Migración de los padres	26/37	11/37	1,03	0,82-1,29	0,8539
Separación de los padres	83/114	31/114	1,10	0,95-1,26	0,2278
Consumo de sustancias en la familia	143/189	46/189	1,25	1,08-1,43	0,0018*
Consumo de sustancias en entorno social	214/298	84/298	1,34	1,07-1,68	0,0032*
Pertenencia a grupo y organización social	182/268	86/268	0,98	0,84-1,14	0,9013
Disfuncionalidad familiar	36/59	23/59	0,87	0,70-1,08	0,2230
Ingreso económico familiar >1500 dólares	94/110	16/110	1,40	1,23-1,58	0,0000*

**Fuente:** encuestas. **Elaboración:** autora \*existe diferencia estadísticamente significativa

Se aprecia en la tabla 5 que el consumo de sustancias psicoactivas en el adolescente presenta asociación positiva con consumo en algún miembro de la familia (p 0,0018), consumo en el entorno social (p 0,0032) e ingreso económico familiar mayor a \$1500 mensuales (p 0,0000). El resto de variables analizadas no tuvieron asociación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias en adolescentes.

## DISCUSION

En esta investigación participaron adolescentes de sexo masculino y femenino de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, en su mayoría adolescentes tardíos (15-19 años).

Según la literatura, la mayoría de investigaciones realizadas en el Ecuador en los últimos 10 años, han sido efectuadas en adolescentes en colegios nocturnos

(55), en adolescentes de centros o casas de acogida (56), o en un colegio en particular, en jóvenes de 10 – 19 años en la ciudad de Guayaquil (57), entre otros. En nuestro estudio se utilizó una muestra aleatoria de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca.

En relación a la prevalencia de consumo es del 68%; el 29% lo hacen 1 vez por mes, 25% una vez por año, 13% 1 vez por semana y 1% a diario, este resultado es más alto que los resultados reportados en investigaciones realizadas en poblaciones similares en otros países como en el estudio realizado en Córdoba-Argentina con una prevalencia del 56.34%(58), Perú con 61%(59), Colombia 49.2%(60).

Entre las sustancias psicoactivas más frecuentes están: Alcohol 85.%, Marihuana 9.1%, Tabaco 3.6%, Cocaína y “H” con un 0.8% respectivamente. En estudios realizados en Latinoamérica, se da una frecuencia parecido en relación al alcohol como en Argentina la frecuencia presentada fue alcohol 56.14%.

En la presente investigación los adolescentes presentan asociación positiva con consumo en algún miembro de la familia ( $p$  0,0018) ya que probablemente inflencie con el ejemplo, o incluso pueda realizar un consumo en conjunto, con el consumo en el entorno social ( $p$  0,0032) tal vez por la influencia sobre todo de pares ya sean en colegio o vecindario, estos datos coinciden con un estudio realizado en México y España en cuya investigación existe relación directa del consumo familiar y de los amigos (61); el ingreso económico familiar mayor a \$1500 mensuales ( $p$  0,0000), situación que probablemente esté relacionada a la mayor capacidad de adquisición de sustancias, o que los padres que más trabajan para generar mayor ingreso probablemente pasen menos tiempo con los hijos. El resto de variables analizadas no tuvieron asociación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias en adolescentes, pero sin embargo tuvieron influencia en su consumo.

En nuestro estudio no se encontró asociación entre disfuncionalidad y consumo, hecho que podría deberse a q la valoración de la funcionalidad familiar se hizo en un solo momento y no refleja la funcionalidad a lo largo del tiempo o eventos de crisis previas. De igual manera en relación a la migración o la separación de

los padres probablemente este hecho fue una crisis no normativa superada, y al momento de aplicación del estudio no tuvo influencia nula o leve.

Una limitación detectada al terminar el estudio, es que la muestra no tuvo un número equitativo entre el sexo femenino y masculino siendo del sexo masculino con un 65%.

Otra limitante es que el diseño del estudio es descriptivo y por tanto las asociaciones encontradas no necesariamente son relaciones causales.

## **CONCLUSIONES**

- La prevalencia de consumo fue alta (68%).
- La sustancia más consumida fue el alcohol con 85%, seguida de marihuana con el 9.1%, tabaco 3.6%, cocaína y H con 0.8%.
- La relación del consumo de sustancias psicoactivas y las variables familiares y sociales demuestran que es más frecuente el consumo entre amigos (67,9%).
- En el presente estudio la mayoría de las familias son moderadamente funcionales.
- Por último, se demostró que los factores familiares tienen un gran peso en el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. La influencia social, en especial, los amigos, induce a un incremento significativo para el consumo, y, por último, en esta investigación, se demuestra que existe mayor relación de consumo a mayor ingreso económico.

## **RECOMENDACIONES**

- Trabajar junto con las coordinaciones zonales y de educación, mediante campañas individuales, colectivas y en pares sobre las motivaciones que tienen los adolescentes para el consumo de sustancias psicoactivas con el objetivo de combatir los factores aquí identificados



- Para futuras investigaciones comprender cómo estos factores familiares y sociales (vulnerabilidad social) puede llevar a un adolescente a iniciarse en el consumo de sustancias.
- Extrapolar el presente estudio con estudios analíticos tipo caso control o cohorte para corroborar las asociaciones aquí encontradas.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Ministerio de inclusión económico y social. Desarrollo infantil integral. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf>
2. Pratta EMM, Santos MA dos. Adolescence and the consumption of psychoactive substances: the impact of the socioeconomic status. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2007;15(spe):806-11.
3. Bittencourt ALP, França LG, Goldim JR. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. Rev Bioét. agosto de 2015;23(2):311-9.
4. Prieto-Montoya JA, Cardona-Castañeda LM, Vélez-Álvarez C. Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º a 10º. ° A. 2016;12.
5. Macías MA, Amar JA, Arrieta MJ. Dinámica de las familias de menores con problemas psicosociales: el caso del menor infractor y la menor explotada sexualmente. 2012 :24.
6. Astudillo M, Nelcy M, Gallego Cortés C, Patiño W, Inés C, Sierra Á, et al. Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. Index Enferm. septiembre de 2012;21(3):136-40.
7. UNODC. Informe mundial sobre las drogas. [Internet]. 2012 [citado 27 de julio de 2018]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)
8. Secretaría Técnica de prevención integral de drogas. Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 - 2021. 2017.

9. Pineda DRV. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Rev SALUD PUBLICA. 2001;15.
10. Bravo B. Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los/las adolescente de los colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca. 2009. 2009;87.
11. Espelage DL, Low S, Rao MA, Hong JS, Little TD. Family Violence, Bullying, Fighting, and Substance Use Among Adolescents: A Longitudinal Mediation Model. J Res Adolesc. junio de 2014;24(2):337-49.
12. Consejo Nacional de Planificación, SENPLADES. Plan\_Nacional\_Buen\_Vivir\_2013-2017.pdf [Internet]. 2013. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/Plan\\_Nacional\\_Buen\\_Vivir\\_2013-2017.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf)
13. Naciones Unidas. Declaración universal de derechos humanos. 2015.
14. de la Revilla L. La familia como sistema. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. enero de 2007;14:8-18.
15. Oliva Gómez E, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. 26 de noviembre de 2014;10(1):11.
16. Reyna JM, Salcido MRE, Arredondo AP. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. Altern En Psicol. 2013;17(28):73–91.
17. Esbensen AJ. Families of Individuals With Intellectual Disability and Comorbid Mental Health Problems. J Ment Health Res Intellect Disabil. julio de 2011;4(3):140-57.
18. Widmer ED, Kempf-Constantin N, Robert-Tissot C, Lanzi F, Carminati GG. How central and connected am I in my family? Res Dev Disabil. marzo de 2008;29(2):176-87.

19. Benitez Perez M. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible [Internet]. 2017 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v13n26/rnp050217.pdf>
20. Rubio AMÁ, Balcázar AA, Licon AEN, Alatorre ME. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). Rev Mex Med Física Rehabil. 2005;17(3):71–76.
21. De la Peña G, VR. Algunas reflexiones sobre la teoría general de sistemas y el enfoque sistémico en las investigaciones científicas [Internet]. 2018 [citado 28 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0257-43142018000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142018000200003)
22. Mundo Carl Rogers: Psicoterapia humanista en adolescentes para aumentar la autoestima [Internet]. [citado 27 de julio de 2018]. Disponible en: <http://articulosunicarlrogers.blogspot.com/2017/01/psicoterapia-humanista-en-adolescentes.html>
23. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente [Internet]. 2015 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062015000600010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010)
24. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. 1994.
25. García P. et al. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.2000. [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf;jsessionid=BE57A507F2D4A85C4B27725A75F4AEB9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=BE57A507F2D4A85C4B27725A75F4AEB9?sequence=1)
26. Cruz F. et al. GUIA\_CLINICA\_ALCOHOL.2012. pdf [Internet]. Disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GUIA\\_CLINICA\\_ALCOHOL.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GUIA_CLINICA_ALCOHOL.pdf)

27. Pereiro Gómez C, Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol A y las otras T, Espanya, Ministerio de Sanidad y Política Social. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid: Socidrogalcohol; 2010.
28. Ochoa E. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol [Internet]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2009000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003)
29. Stanley N. CCE. Trastorno por consumo de sustancias y esquizofrenia concurrente. [Internet]. 2018 [citado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status?sectionName=Psychotic%20disorders&topicRef=7798&anchor=H2045862781&source=see\\_link#H2045862781](https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status?sectionName=Psychotic%20disorders&topicRef=7798&anchor=H2045862781&source=see_link#H2045862781)
30. Gorelick David, MD, PhD. Consumo y trastorno de cannabis. [Internet]. 2018 [citado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status?sectionName=Psychotic%20disorders&topicRef=7798&anchor=H2045862781&source=see\\_link#H2045862781](https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status?sectionName=Psychotic%20disorders&topicRef=7798&anchor=H2045862781&source=see_link#H2045862781)
31. Szerman N, Basurte I, Roncero C. Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales. 2017:4.
32. Arellanez J. Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos [Internet]. 2016 [citado 28 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-73722016000200113](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722016000200113)

33. Becoña Iglesias E, España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
34. NIDA. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. 2014.
35. Martínez AOR, Cera MIH. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS ADICTIVAS CON Y SIN CONDUCTA DELICTIVA. 2014;11.
36. Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud Pública México. febrero de 2013;55(1):67-73.
37. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J, Bolinches F, De Vicente P, Valderrama JC. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. Trastor Adict. enero de 2001;3(3):164-71.
38. Lazcano GP. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? :9.
39. Gomez J. 8 Mitos de la legalización de las drogas [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/mitos.pdf>
40. Velázquez JA, Icaza ME, Sánchez R, Ito DA, Gamiño MN, Escobar E, et al. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud Ment. 2 de agosto de 2016;39(4):193-203.
41. Lopes GM, Nobrega BA, Del Prette G, Scivoletto S. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:S51-61.

42. Mesic S, Ramadani S, Zunic L, Skopljak A, Pasagic A, Masic I. Frequency of Substance Abuse Among Adolescents. *Mater Socio Medica*. 2013;25(4):265.
43. Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas. 2012.
44. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosoc Interv*. 2010;19(3):253-64.
45. Fletcher A, Bonell C, Sorhaindo A, Strange V. How Might Schools Influence Young People's Drug Use? Development of Theory From Qualitative Case-Study Research. *J Adolesc Health*. agosto de 2009;45(2):126-32.
46. Bonilla G LL. Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitario.pdf. 2011.
47. Peralta JM. Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas delictivas de los adolescentes. :375.
48. Rojas Valero M, Rodríguez Chacón A. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. 2016 [citado 21 de enero de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/258>
49. Paolinelli GC, González AM. Epidemiología de la discapacidad en Chile, niños y adultos. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(2):177–182.
50. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación: guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas; 2003.
51. Frequency of Substance Abuse Among Adolescents [Internet]. [citado 8 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914750/>



52. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo del 2010 de población y vivienda en el Ecuador. :8.
54. Prieto AT. Drogodependencias en el adolescente. Actuación desde la consulta ¿. :10.
55. Bravo B. Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los/las adolescentes de los colegios nocturnos de la Ciudad de Cuenca.2009. [Internet]. 2009 [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3928/1/MASIA.pdf>
56. ACOSTA DRP. RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES DE LOS CENTROS CASA DE LA NIÑEZ 2, CENTRO PUMAMAQUI EN LA CIUDAD DE QUITO y CETAD OTAVALO – 2017. :81.
57. Riofrío Guillén R, Nascimento LC. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Rev Lat Am Enfermagem. junio de 2010;18(spe):598-605.
58. Marcela L. Substance use and school: a study in adolescent students in Cordoba. Rev Salud Pública. 2013;10.
59. Saravia JC, Gutiérrez C, Frech H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. 2014;18(1):8.
60. Gobierno nacional de la república de Colombia. Estudio\_de\_Consumo\_UNODC.pdf [Internet]. 2013 [citado 22 de julio de 2018]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
61. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. Psychosoc Interv. 2010;19(3):253-64.

## VIII. ANEXOS.

### ANEXO 1.

#### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Determinar el tiempo que ha vivido una persona y/o otro ser vivo contando desde su nacimiento hasta el momento de realizada la encuesta	Tiempo con medición en años	Número de Años	a. 15 años b. 16 años c. 17 años d. 18 años e. 19 años
<b>Sexo</b>	Condición orgánica en el que se distingue a los machos de las hembras.	A través del Fenotipo	Masculino Femenino	a. Masculino b. Femenino
<b>Nivel de ingreso económico familiar</b>	Los ingresos económicos son los elementos sean monetarios como no monetarios que se generan en un sentido de consumo-ganancia.	Dólares como unidad de medida	Formulario pre-elaborado y validado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-365 Precarios</li> <li>▪ 366-662 Pobres</li> <li>▪ 1 Canasta Básica (CB) -2CB I. Medio</li> <li>▪ 2CB-3CB I. Medio Alto</li> <li>▪ Más de 3 CB I. Alto</li> </ul>
<b>Funcionalidad Familiar</b>	Es la capacidad que tiene la familia para enfrentar y superar la diferentes etapas del	FF SIL	1. CASI NUNCA 2. POCAS VECES 3. A VECES 4. MUCHAS VECES	a. De 57 a 70 puntos. Familias funcional  b. De 43 a 56 puntos. Familia



	ciclo vital y las crisis normativas y no normativas que pudiese atravesar.		5. CASI SIEMPRE	moderadamente funcional.  c. De 28 a 42 puntos. Familia disfuncional  d. De 14 a 27 puntos. Familia severamente disfuncional
<b>Consumo de sustancia psicoactiva</b>	Consumo ya sea esporádico o habitual de una o más sustancia psicoactiva.	Consumo	Ingreso por vía oral, nasal, intramuscular o intravenosa	0. Nunca 1. una vez al año 2. mensualmente. 3. semanalmente. 4. diariamente.
<b>Sustancia psicoactiva</b>	Sustancia química natural o sintética que, al introducirse en el organismo por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular o intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC) y que puede ocasionar cambios en sus funciones.	Tipo de sustancia	*Alcohol  *Alucinógenos  Depresores del SNC  *Estimulantes  *Cannabínicos  *Opiáceos	Vino, cerveza, brandy, whisky, ron, licores. LSD, fenciclidina (PCP), mescalina, DMT y los ácidos Benzodiazepinas y barbitúricos cocaína, Anfetamina, tabaco, cafeína, teobromina, xantina Marihuana, hachís Opio, heroína, morfina, codeína Oxycodona, hidrocodona, tramadol Disolventes, lacas, pinturas, pegamentos.

<b>Inicio de consumo</b>	Edad con corte en el tiempo en el comenzó a consumir la droga.	Años	Edad del consumo por primera vez	Numérica
<b>Migración de padres</b>	En referencia ya sea a papá o mamá o ambos que residan fuera del país de manera permanente.	Emigrante	Residencia fuera del país	0.Si 1.No
<b>Padres divorciados</b>	Familia en la que los padres se encuentran separados de manera legal.	Estado civil	Cédula.	0.Si 1.No
<b>Consumo de psicoactivos en el entorno social</b>	Utilización constante de sustancias psicoactivas de miembros del grupo social a los que frecuenta.	Consumo en el entorno social	Ingreso por vía oral, nasal, intramuscular y/o intravenosa	0.Si 1.No
<b>Consumo de psicoactivos en el entorno familiar</b>	Utilización de manera regular de sustancias psicoactivas de cualquier miembros de la familia.	Consumo en la familia	Ingreso por cualquier vía ya sea oral, intravenosa o intramuscular.	0.Si 1.No
<b>Adherencia a algún grupo social.</b>	Grupo de personas que interactúan entre sí y pueden compartir iguales	Pertenecer a un grupo	Pertenencia	0.Grupo religioso. 1.Grupo deportivo. 2.Grupo cultural. 4.Otro tipo.



	afinidades o actividades.			
--	---------------------------	--	--	--

REALIZADO POR: Dra. Adriana Moreno M.



## ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

### **“PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) EN COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD CUENCA Y FACTORES ASOCIADOS. 2017”.**

#### ASENTIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como objetivo investigar la **Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad Cuenca y factores asociados. 2017**. Su participación no implica riesgo alguno, y no afectará ningún aspecto de su integridad física, psicológica y social. La información obtenida será en beneficio de los adolescentes, la Unidad Educativa donde estudian, Coordinación Zonal de Educación y de la investigadora ya que será la base para un trabajo multidisciplinario en favor de los estudiantes, además será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Se realizará un formulario de recolección de datos diseñada por la autora la misma que será explicada minuciosamente a cada estudiante que entre en el estudio. No existe riesgo alguno para el estudiante, su familia o la Unidad Educativa y el beneficio será para los miembros antes mencionados ya que marcará una base estadística para futuras intervenciones específicas, al igual que se podrá extrapolar el estudio a nivel local y nacional. Sin embargo, el estudiante o su representante tendrán el derecho de poder salir del estudio cuando creyere necesario.

La participación de este estudio es voluntaria, y está en libre elección de decidir participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre esta investigación ponerse en contacto con la investigadora (adrianamoreno86@hotmail.com).

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que lea detenidamente y firme el presente de asentimiento y consentimiento.

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad \_\_\_\_\_, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo decidir sobre mi participación sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que tendré que responder un formulario de recolección de datos.

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula de identidad \_\_\_\_\_ padre o madre del o la alumn@ \_\_\_\_\_ acepto que mi hij@ participe en este estudio.

---

**FIRMA ALUMN@**

---

**FIRMA PADRE O MADRE DE FAMILIA.**

### ANEXO 3.

#### DOCUMENTO DE RECOLECCION.

#### UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

#### “PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) EN COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD CUENCA Y FACTORES ASOCIADOS. 2017”,

Formulario N° \_\_\_\_\_

#### Instructivo:

Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación en el cual se analiza la Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-18 años) en colegios urbanos de la ciudad cuenca y factores asociados. 2017. Informamos que la información que nos proporcione es estrictamente confidencial. Cada pregunta tendrá una única respuesta.

#### Cuestionario

Sexo	0.MASCULINO 1.FEMENINO	
Edad		
¿Cuál es el nivel de educación que actualmente cursa usted?	0.NINGUNO 1.PRIMARIA 2.SECUNDARIA 3.SUPERIOR 4.OTRO	
¿Consumo o a consumido usted algún tipo de sustancia psicoactiva?	0.NUNCA 1.UNA VEZ POR Año 2.UNA VEZ POR MES. 3.UNA VEZ POR SEMANA. 4. DIARIAMENTE.	
¿Si su respuesta anterior es SI qué tipo de sustancia o sustancias psicoactivas consume?	----- ----- -----	
Si usted consume sustancias psicoactivas ¿a qué edad empezó a consumirlas?		
¿Sus padres o uno de ellos se encuentran en el extranjero en condición de migrante?	0.SI 1.NO	
¿Cuál es el ingreso económico mensual en su familia?		
¿Sus padres están divorciados o separados?	0.SI 1.NO	
¿Dentro de su entorno familiar alguien consume sustancias psicoactivas?	0.SI 1.NO Indique quien.....	
¿Dentro de su entorno social alguien consume sustancias psicoactivas?	0.SI 1.NO Indique quien.....	
¿Pertenece usted o frecuenta algún grupo u organización social, deportiva o de otra índole?	0.SI 1.NO SI SU RESPUESTA ES SI, INDIQUE QUE TIPO DE GRUPO.	0.DEPORTIVO 1.MUSICAL 2.CULTURAL 3.RELIGIOSO otro:.....

## ANEXO 4.

### FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**“PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN**  
**ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) EN COLEGIOS URBANOS DE LA CIUDAD**  
**CUENCA Y FACTORES ASOCIADOS. 2017”,**

### ESCALA FF-SIL

No	PREGUNTAS	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?					
2	¿En su casa predomina la armonía?					
3	¿En su familia cada uno cumple sus responsabilidades?					
4	¿Las manifestaciones de cariño forman parte de sus vidas cotidianas?					
5	¿Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
6	¿Pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?					
7	¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?					
8	¿Cuando alguien de la familia tiene un Problema los demás ayudan?					
9	¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?					
10	¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11	¿Pueden conversar diversos temas sin temor?					
12	¿Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas?					
13	¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
14	¿Se demuestran el cariño que se tienen?					
	<b>TOTAL</b>					



**ANEXO 5**  
**OFICIOS DE ACEPTACION**

Cuenca, \_\_\_\_\_ 2017.

Sr. Ing.

\_\_\_\_\_  
COORDINADOR ZONAL DE EDUCACION DEL AZUAY  
COORDINADOR ZONAL DE SALUD DEL AZUAY  
DIRECTOR DEL COLEGIO\_\_\_\_\_.

Presente.

De mis consideraciones:

Luego de un atento saludo, por medio de la presente solicito de la manera más comedida se me autorice aplicar el formulario de recolección de datos (adjunto) en los siguientes colegios/ cursos\_\_\_\_\_ los mismos que fueron seleccionados según criterios previamente validados, para el estudio "Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (15-19 años) en colegios urbanos de la ciudad cuenca y factores asociados. 2017".

Sin otro en particular, y esperando la favorable acogida a la presente, anticipo mis agradecimientos.

ATENTAMENTE

Adriana Moreno M.  
POSTGRADISTA DE MEDICINA FAMILIAR  
INVESTIGADORA.